

## 6 Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch

Reinhard Fiehler

### 6.1 Grundproblematik

Arzt-Patienten-Gespräche sind eine besondere Form institutioneller Kommunikation. Sie dienen der Erfüllung bestimmter *Zwecke*, und für sie sind *eigene Regeln* herausgebildet worden, Regeln, die von denen der Alltagskommunikation abweichen. Diese Abweichungen sind *funktional* begründet, sie bergen aber – wegen ihrer Differenzqualität – bestimmte *Probleme* – sowohl für die Patientinnen und Patienten wie auch für die Ärztin und den Arzt.

Eine der Abweichungen besteht darin, dass das Arzt-Patienten-Gespräch – im Rahmen einer somatisch-naturwissenschaftlichen Konzeption von Medizin – dem Anspruch nach ganz weitgehend *sachorientiert* auf die Behandlung von somatischen Beschwerden, Krankheiten und Ausnahmeständen (z. B. Schwangerschaft) bezogen ist und dass das Erleben und die Emotionalität des Patienten wie auch die des Arztes weitgehend ausgeklammert bleiben. Dass professionelle ärztliche Behandlung in den medizinischen Institutionen in Form eines *sachlichen Problemlösungsgesprächs* erfolgen soll, ist eine der Grundregeln und Grundbedingungen der Arzt-Patienten-Kommunikation (für verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung siehe Koerfer et al. [1994] und Kap. B7).

Diese Konzeption des Arzt-Patienten-Gesprächs erfordert vom Patienten eine doppelte Fragmentierung [Lalouschek 1995, 27ff.]. Zum einen muss er aus dem, was seinen komplexen Lebenszusammenhang ausmacht, – aus dem, was er tut, was ihm widerfährt und was ihn bewegt – auswählen, was er davon in die institutionelle Situation sprachlich einbringen will. Was dies ist, hängt wesentlich davon ab, was er für medizinisch relevant hält, also von seinem Wissen und seinen Vorstellungen darüber, was in diesem Rahmen bearbeitet werden soll und kann. Zum anderen muss er bei dem, was er beschreibt, schildert oder erzählt, von der Erlebensdimension dieser Sachverhalte und Ereignisse absehen. Auf der anderen Seite muss der Arzt aus dem, was der Patient darstellt, herausfiltern, was er für relevant hält, und dies in die Kategorien und die Begrifflichkeit der Medizin transformieren.

In einer großen Vielzahl von Fällen scheint dieses Gesprächskonzept zu funktionieren. Arzt und Patient agieren übereinstimmend mit einer dominanten Orientierung auf

somatische Aspekte. Diese Sachorientierung ist umso besser zu realisieren, je leichter die Beschwerden sind und je besser der Patient in die spezifischen Regeln des Arzt-Patienten-Gesprächs einsozialisiert ist.

Gleichwohl gibt es viele Gespräche und Gesprächssequenzen, die dieser Anforderung nicht entsprechen. Gegenstand des Arzt-Patienten-Gesprächs sind nun einmal mehr oder weniger gravierende Beschwerden, Krankheiten und somatische Ausnahmezustände, und diese sind unweigerlich mit einem bestimmten, mehr oder weniger starken Erleben und entsprechenden Emotionen verbunden: Sie sind eine miteinander verwobene *Einheit* aus somatischen Phänomenen und psychischen Prozessen. Ein gebrochenes Bein ist so die Einheit aus einer Fraktur von Tibia und Fibula und Befürchtungen, Sorgen etc. darüber, ob die Knochen wieder gut zusammenwachsen, ob es zu Thrombosen kommt, ob man wieder richtig wird gehen können, ob der Krankenstand berufliche Nachteile mit sich bringen wird etc. Eine Schwangerschaft ist die Einheit aus einer Gravidität und den Sorgen um die Entwicklung des Fetus, Unsicherheiten darüber, welche Veränderungen dies für das eigene zukünftige Leben bedeutet, Überlegungen, ob die Partnerschaft der neuen Situation gewachsen sein wird, und letztlich auch der Freude auf das Kind.

Von dieser Einheit ist im Arzt-Patienten-Gespräch – der schulmedizinischen Konzeption nach – nur die somatische Komponente von Bedeutung. Dies wirft die Frage auf, was mit den Erlebensprozessen geschieht. Die Anforderung, dieses Erleben in der Behandlungssituation nicht zu artikulieren, mag mehr oder weniger gut gelingen, in keinem Fall aber „erledigt“ sie das Erleben.

## 6.2 Begriffsklärungen

Die Begriffe „Erleben“ und „Emotion“ werden häufig vage und mit unterschiedlicher Bedeutung verwendet, sodass einige Klärungen erforderlich sind: Sinnliche Wahrnehmungen und das handlungsmäßige Einwirken auf andere Personen und auf die Umwelt sind permanent begleitet von einem psychischen Prozess, der als *Erleben* bezeichnet wird. Das Erleben ist eine bewertende Stellungnahme zu diesen Wahrnehmungen und zu den eigenen und fremden Handlungen. Erleben ist kein wertfreies Registrieren, sondern es leistet immer schon eine bewertende Einordnung. Zugleich strukturiert es – qua Bewertung – den Raum möglicher Folgehandlungen vor und orientiert so das Handeln.

*Emotionen* und *Gefühle* – beide Begriffe werden hier bedeutungsgleich verwendet – sind *spezielle Formen* des Erlebens. Sie sind ein Teil des Erlebens, machen aber nicht das ganze Erleben aus. Man kann Angst, Ärger, Ekel und Freude, die prototypische Emotionen darstellen, ebenso erleben wie Irritation, Unsicherheit, Neugier, Müdigkeit und Hunger, was für mich keine bzw. keine 'reinen' Emotionen sind. Im Erlebensprozess

können Emotionen dominant sein, sie können aber auch – und dies ist wohl der Regelfall – in ganz unterschiedlichen Mischungsverhältnissen mit Kognitionen, anderen psychischen Prozessen oder mit physiologischen Zuständen auftreten [Fiehler 1990a, 40–64; 2001].

Das Erleben als bewertende Stellungnahme ist ein permanenter Prozess, der aber nach Art und Intensität variiert und der u. a. in Abhängigkeit von der Intensität unterschiedlich deutlich ins Bewusstsein treten kann. „Auffällig“ sind vor allem intensive Formen des Erlebens, d. h. ein Erleben, bei dem die Stellungnahme nicht in einem Indifferenzbereich verbleibt, sondern deutlich ausfällt.

Erleben und Emotionen sind zunächst innerpsychische Prozesse. Sie können sich aber auch Ausdruck verschaffen – sie werden dann sozusagen auf der körperlichen Oberfläche sichtbar – oder sie können absichtsvoll kommuniziert werden. In diesen Fällen werden sie öffentlich und zum Gegenstand der Interaktion.

Im Folgenden geht es nur um Erleben und Emotionen, die den Beteiligten selbst zugänglich bzw. bewusst sind und die sie im Arzt-Patienten-Gespräch „veröffentlichen“.

### 6.3 Manifestation, Deutung und Prozessierung von Erleben und Emotionen

Erleben und Emotionen werden für das Arzt-Patienten-Gespräch relevant, wenn eine Seite sie *manifestiert*. Erleben kann einerseits in vielfältigen Verhaltensbereichen zum Ausdruck gebracht werden, zum anderen kann es verbal thematisiert werden [Fiehler 1990a, 96–139]. Während bei der Thematisierung ein Erleben oder eine Emotion durch eine Äußerung im Gespräch thematisch wird, sind Ausdrucksphänomene nicht an Äußerungen gebunden (z. B. zittern, schwitzen), sie können sie aber natürlich begleiten (z. B. leise sprechen, belegte Stimme). Das durch sie manifestierte Erleben wird nicht (notwendig) zum Thema der Interaktion.

Eine Thematisierung von Erleben liegt z. B. vor, wenn der Patient auf eine Befindensfrage („Wie geht es Ihnen?“, „Wo fehlt es denn?“) nicht mit der Benennung eines somatischen Problems antwortet, sondern Emotionen oder Erleben zum Thema macht („Mir geht es gar nicht gut. Ich habe so schreckliche Angst, dass bei der Untersuchung herauskommt, dass ich Krebs habe.“).

Auf der anderen Seite – als Gegenstück zur Manifestation – ist es notwendig, dass beobachtete Verhaltensweisen als Ausdruck von Erleben und Emotionen *gedeutet* werden [Fiehler 1990a, 139–147]. Die Deutungskapazität des Arztes ist dadurch beschränkt, dass er Erlebens- und Emotionsausdruck nicht unbedingt erwartet und entsprechend seine Aufmerksamkeit nicht darauf gerichtet ist und dass die Deutungsleistungen neben den üblichen ärztlichen Tätigkeiten erbracht werden müssen.

Sind Erleben und Emotionen durch Manifestation und Deutung für Arzt und Patient als Gesprächsfaktum konstituiert, müssen sie in der Interaktion *bearbeitet* bzw. *prozessiert* werden [Fiehler 1990a, 147–162]. Diese interaktive Bearbeitung erfolgt, auch wenn die Anteile unterschiedlich sein können, gemeinschaftlich. Es lassen sich analytisch vier Prozessierungsstrategien unterscheiden: Die Prozessierungsstrategie (1) *Eingehen* umfasst alle Formen, bei denen der Interaktionspartner die manifestierte Emotion als angemessen akzeptiert (z. B. 'Ich kann gut verstehen, dass Sie sich jetzt Sorgen machen, ob der Bruch gut verheilt'). (2) *Hinterfragen* bezeichnet zusammenfassend Interaktionsverläufe, in denen die Angemessenheit der manifestierten Emotion in Hinblick auf Intensität und/oder Art problematisiert wird (z. B. „Freuen Sie sich nicht zu früh.“). Bei der (3) *Infragestellung* wird das manifestierte Erleben nicht als angemessen akzeptiert (z. B. „Es besteht kein Grund, gleich in eine solche Panik zu verfallen.“). Beim (4) *Übergehen* vermeidet der Interaktionspartner bewusst und offensichtlich, obwohl er es wahrgenommen und gedeutet hat, auf das Erleben einzugehen und es in manifester Weise interaktiv zu behandeln. Diese Prozessierungsstrategien sind vielfach nicht eindeutig gegeneinander abgrenzbar und im konkreten Einzelfall können sie auch kombiniert auftreten. Offensichtlich ist, dass die drei erstgenannten Strategien an verbale Kommunikationsprozesse gebunden sind.

## 6.4 Bezugspunkte des Erlebens

Es gibt vielfältige Bezugspunkte, auf die das Erleben von Arzt und Patient beim gemeinsamen Kontakt gerichtet sein kann: Erleben und Emotionen des *Patienten* im Arzt-Patienten-Gespräch können (1) auf seine Beschwerden bezogen sein. Sie können ferner (2) der Arzt-Patienten-Interaktion oder (3) der Art der Behandlung (Diagnosestellung, Therapievorschläge) gelten. Insbesondere können sie (4) auch durch bestimmte Maßnahmen der Behandlung hervorgerufen werden. Letztlich können sie sich (5) auf die Person des Arztes beziehen. In das Arzt-Patienten-Gespräch hinein wirken aber auch Emotionen, die (6) generell durch die Notwendigkeit des Arztbesuchs oder (7) durch Erfahrungen in der medizinischen Institution im Vorfeld des Arzt-Patienten-Gesprächs ausgelöst wurden.

Das Erleben und die Emotionen *des Arztes* können sich (8) auf das Erleben des Patienten beziehen, sie können (9) die Person des Patienten und (10) die Interaktion mit ihm betreffen und letztlich (11) durch die ärztliche Arbeitssituation bewirkt werden.

Im Folgenden möchte ich mich auf die Punkte (1), (2), (4) und (8) beschränken und das dabei erwartbare Spektrum von Emotionen charakterisieren.

(1) In Hinblick auf seine Beschwerden sind beim Patienten *Angst, Sorge, Befürchtungen, Unsicherheit* und eine Minderung des *Selbstwertgefühls* [Kruse 1997] die we-

sentlichen Emotionen und Formen des Erlebens; wenn sich seine Befürchtungen als unbegründet erweisen, auch *Erleichterung*. Dieses Erleben kann der Patient zum einen aus der Behandlungssituation heraushalten und sachorientiert mit dem Arzt zusammenarbeiten, zum anderen kann er es aber auch im Arzt-Patienten-Gespräch manifestieren. Agiert der Patient vorwiegend sachorientiert, so werden Erleben und Emotionen von der Behandlungssituation ‚abgekoppelt‘. Im Sinne einer Arbeitsteilung können sie dann in anderen Kontexten mit Partnern aus der Alltagswelt thematisiert und bearbeitet werden. Unter Umständen führt diese Abkopplung aber auch dazu, dass sie (im technischen oder nicht technischen Sinne) verdrängt werden.

(2) Auch die Arzt-Patienten-Interaktion selbst löst beim Patienten ein spezifisches Erleben aus, auf der einen Seite *Beruhigung* und *Zufriedenheit*, auf der anderen Seite *Enttäuschung*, *Unzufriedenheit* und *Verärgerung*. Vielfach haben Patienten den Eindruck, dass sie ihre Fragen, Probleme und Wünsche, aber auch ihre Sorgen, Befürchtungen und Ängste nicht in die Beziehung zum Arzt einbringen können. Sie fühlen sich in verschiedener Hinsicht nicht verstanden, zu kurz gekommen, als Objekt behandelt etc. Zusätzlich zu den negativen Gefühlen, die im Zusammenhang mit den eigenen Beschwerden bestehen, ruft dies auch in Hinblick auf die Arzt-Patienten-Interaktion negative Gefühle hervor. Zentrale Ursache hierfür ist häufig die Sachorientierung des Arzt-Patienten-Gesprächs. Anders als im Alltag kann bzw. soll der Patient hier nicht zugleich mit den Beschwerden auch sein Erleben thematisieren. Diese Differenz – ich gehe in Kap. B6.5 näher darauf ein – kann als Defizit empfunden werden und dazu führen, dass der Patient von der Arzt-Patienten-Interaktion enttäuscht ist.

(4) Bestimmte Maßnahmen der Behandlung oder Untersuchungen, die der Arzt vornimmt, können beim Patienten vor allem *Unsicherheit*, *Angst* (vor Schmerzen) oder *Scham* als prototypische Erlebensformen hervorrufen (zu Scham insbesondere bei älteren Menschen s. Kap. C13). Auch bei diesem Erleben wird erwartet, dass der Patient es zugunsten einer sachorientierten Behandlung beherrscht.

(8) Erleben und Emotionen des Arztes können sich in vielfältiger Weise auf das – manifestierte oder eben nicht manifestierte – Erleben des Patienten beziehen. Zum einen kann er mit ihm *mitfühlen*. Dies kann konfliktieren mit der institutionellen Notwendigkeit, das Erleben des Patienten auszublenden und sich als Selbstschutz dagegen „abzuschotten“. Zum anderen kann der Arzt Maßnahmen ergreifen, die erschweren oder verhindern, dass der Patient sein Erleben manifestiert (Prävention von Erlebensmanifestationen des Patienten). Insbesondere bei problematischen Untersuchungen kann er darüber hinaus ein negatives Erleben des Patienten antizipieren und es schon vorab bearbeiten. Er leistet dann *Gefühlsarbeit* (s. Kap. B6.2).

## 6.5 Musterdivergenz: Anteilnahme vs. Behandlung

Werden im *alltagsweltlichen Bereich* im Rahmen enger sozialer Beziehungen Beschwerden, Leiden oder Krankheiten thematisiert, so wird dadurch ein generelles kommunikatives Muster in Gang gesetzt, mit dem allgemein Thematisierungen eines deutlich negativen oder positiven Sachverhalts und/oder Erlebens prozessiert werden: das Anteilnahmemuster. Es hat die in der Abbildung B6.1 dargestellte Struktur:

### POSITIONEN UND KOMPONENTEN DES ANTEILNAHMEMUSTERS

- (1) Aktivitäten zur Vorbereitung/Platzierung von (2)
- (2) Thematisierung eines deutlich negativen oder positiven Sachverhalts und/oder Erlebens
- (3) Bekundung der Anteilnahme
  - (3a) Bestätigung der Außergewöhnlichkeit
  - (3b) Glaubensbekundung/Bekundung der Berechtigung
  - (3c) Bekundung des Mitempfindens/Mitleidsbekundung
  - (3d) Erkundung des Sachverhalts und Erlebens (Art, Intensität, Ursachen)
  - (3e) Trösten
  - (3f) Ratschläge
- (4) Würdigung der Anteilnahme
- (5) Aktivitäten der Rückführung oder Überleitung

**Abb. B6.1** Positionen und Komponenten des Anteilnahmemusters

Das Muster umfasst fünf Positionen, wobei die Positionen (2) „Thematisierung eines deutlich negativen oder positiven Sachverhalts und/oder Erlebens“ und (3) „Bekundung der Anteilnahme“ zentral sind.

Die Thematisierung (Musterposition (2)) kann in verschiedenen Formen erfolgen. Zum einen kann das Erleben benennend oder beschreibend thematisiert werden, sei es physiologisches („Ich habe Schmerzen.“) oder emotionales Erleben („Ich bin völlig verzweifelt.“). Zum anderen können aber auch lediglich Sachverhalte genannt werden, bei denen dann aufgrund von Emotionsregeln [Fiehler 1990a, 77–87] klar ist, dass sie mit einem deutlich negativen oder positiven Erleben verbunden sind.

Im Rahmen der „Bekundung der Anteilnahme“ (Musterposition (3)) möchte ich sechs verschiedene mögliche Aktivitäten unterscheiden. Zunächst eine Komponente der „Bestätigung der Außergewöhnlichkeit“ (3a). Sie umfasst explizite Bewertungen („Das ist ja furchtbar/wunderbar/unglaublich.“) oder kann implizit enthalten sein in Demonstrationen von Überraschung, Unfassbarkeit oder Unglauben („Was?“, „Nein!!“).

„Glaubensbekundungen“ (3b) versichern dem anderen, dass man seinen Worten Glauben schenkt, sie nicht für übertrieben hält und die Thematisierung des Erlebens oder des Sachverhalts nicht als strategischen Zug deutet („Sie sehen auch wirklich schlecht aus.“). Sie drücken auch aus, dass das Erleben angemessen ist bzw. seine Berechtigung hat („Das ist auch wirklich ein harter Schlag.“)

Bei der nächsten Komponente, der „Bekundung des Mitempfindens bzw. Mitleidsbekundung“ (3c) möchte ich die Empathiebekundung („Ich weiß, wie es jetzt in Ihnen aussehen muss.“) von der Bekundung des eigenen Fühlens unterscheiden („Das freut mich aber sehr (für Sie).“).

Einen anderen Stellenwert hat die Komponente (3d), die „Erkundung des Sachverhalts und Erlebens“. Sachverhalt und Erleben können hinsichtlich ihrer Art, ihrer Intensität und ihrer Ursachen erkundet werden. Dabei spielen Rekonstruktionen der Entwicklung eine Rolle („Mir ist schon vor zwei Wochen aufgefallen, dass Sie schlecht aussahen und nervös waren.“) Die Erkundung ist wichtig für eine angemessene Gestaltung der Anteilnahme. Sie erfolgt deswegen in der Regel sequenziell schon recht früh.

Die Komponenten (3e) und (3f) sind nur relevant, wenn etwas Negatives manifestiert worden ist. (3e) umfasst Aktivitäten des „Tröstens“. Hierhin gehören u. a. Demonstrationen des „Im Unglück zudemanden Stehens“, aber auch Berichte oder Erzählungen über entsprechendes eigenes Erleben. Von hier aus lässt sich – z. B. durch Lösungsdarstellungen – der Übergang schaffen zur letzten Komponente, den „Ratschlägen“ (3f). Ratschläge erfolgen bei einer „regelgerechten“ Bekundung der Anteilnahme sequenziell spät. Ratschläge, die zu früh erfolgen, werden häufig zurückgewiesen.

Die Benennung dieser sechs Komponenten der Bekundung der Anteilnahme besagt nicht, dass sie alle und in dieser Reihenfolge realisiert sein müssen. Es ist auch keine unmittelbare Entsprechung zu manifesten Äußerungen anzunehmen: Einzelne Äußerungen können für mehrere Komponenten funktional sein, und alle Komponenten können sich auf mehrere Äußerungen verteilen.

Die Bekundung der Anteilnahme zieht die Position (4) ‚Würdigung der Anteilnahme‘ nach sich. Sie kann beispielsweise durch Danksagung erfolgen oder durch die Bekundung, dass die Anteilnahme entlastend wirkt („Jetzt geht es mir schon viel besser.“).

Letztlich sind (5) „Aktivitäten der Rückführung oder Überleitung“ erforderlich. Hoffnungsbekundungen („Es wird schon wieder werden.“) oder Äußerungen des SichAbfindens („Soll wohl so sein.“) erfüllen beispielsweise diese Funktion.

Auch im *Arzt-Patienten-Gespräch* werden Beschwerden, Leiden und Krankheiten thematisiert, es folgt aber einem anderen kommunikativen Muster: dem Behandlungsschema (Abb. B6.2). Es hat folgende Struktur (s. Kap. B1):

#### POSITIONEN DES BEHANDLUNGSSCHEMAS

- (1) Problemerkundung (Anamnese)
- (2) Kategorisierung des Problems (Diagnose)
- (3) Angebote zur Problemlösung (Therapie)

**Abb. B6.2** Positionen des Behandlungsschemas

Das Schema ist allgemein das der Problemlösung, wobei seine ärztliche Spezialisierung in Klammern angegeben ist. Um von einem kommunikativen Muster sprechen zu können, müssten die mit den einzelnen Positionen verbundenen Komponenten bzw. Aufgaben (wie beim Anteilnahmemuster) im Detail differenziert werden. Anders als beim alltagsweltlichen Anteilnahmemuster stehen sich beim Behandlungsschema ein Experte und ein Laie gegenüber, wobei dem Vertreter der Institution qua Berufsrolle eine besondere Kompetenz zugeschrieben wird.

Zwischen Anteilnahmemuster und Behandlungsschema bestehen neben diesen Differenzen aber auch bestimmte Entsprechungen. Die Anamnese hat ihre Parallele in (3d) „Erkundung des Sachverhalts und Erlebens“. Auch eine Diagnose kann in (3d) enthalten sein. Die Therapie hat ihre Entsprechung in (3f), den Ratschlägen.

Trotz dieser Entsprechungen muss man sich aber den wesentlichen Unterschied vor Augen halten: Das Anteilnahmemuster zielt primär auf die interaktive Teilhabe an den geschilderten Beschwerden und die Bearbeitung von Erleben und Emotionen, während beim Behandlungsschema die erlebensmäßig-emotionale Dimension ausgeklammert ist und lediglich ein somatisches Problem sachbezogen behandelt wird.

Die Entsprechungen zwischen Anteilnahmemuster und Behandlungsschema eröffnen Möglichkeiten ihrer *Vermischung* und *Konfundierung*. Das Hauptproblem dabei dürfte sein, dass der Patient – bei aller Aufgeklärtheit – angesichts seiner häufig gravierenden Leiden doch Anteilnahme erwartet. Die alltagsweltliche Erfahrung, dass man bei der Manifestation von Leiden mit Anteilnahme – der Realisierung einer Instanz des Anteilnahmемusters – rechnen kann, wird auf den institutionellen Kontext und speziell auf die Person des Arztes übertragen. Hier aber ist Anteilnahme durch das Behandlungsschema ersetzt. Dies ist keine Nachlässigkeit, kein Mutwille von Ärzten, sondern eine notwendige Konsequenz der Entwicklung der Medizin zu einer gesellschaftlichen Institution. Arzt und Patient stehen sich eben nicht in einem alltagsweltlichen Zusammenhang als Personen mit einem umfassenden und individuellen Interesse aneinander gegenüber. Dass das Bedürfnis nach Anteilnahme in der ärztlichen Behandlung in der Regel nicht befriedigt werden kann, mag einer der wesentlichen Gründe für das oben erwähnte Empfinden von Defizienz sein, das sich bei so vielen Arztbesuchen einstellt.

## 6.6 Umgang mit Erleben und Emotionen

Im Folgenden möchte ich an authentischen Gesprächsausschnitten zum einen die Möglichkeiten des Umgangs mit Emotionen betrachten, wenn sie denn doch im Arzt-Patienten-Gespräch manifestiert werden (für weitere Analysen s. auch Fiehler [1990b], Lalouschek [1993], Löning [1993]). Zum anderen möchte ich auf Möglichkeiten der Antizipation und vorgreifenden Bearbeitung des Patientenerlebens durch den Arzt eingehen.



### 6.6.1 Prozessierung von Erleben und Emotionen

#### Gesprächsausschnitt 1

Erläuterungen der Transkriptionszeichen finden sich hier gesondert im Anhang dieses Beitrags.

A: Arzt; P: Patientin; Sprechstundengespräch aus einer internistischen Praxis; 0:35–0:57 min

- 1 A: wie lang si" nd sie denn schon heiser ↓  
 2 P: ATMET also  
 3 P: (seit) jetzt ein paar ta:" gen mh \* merk ich des ↓ \*  
 4 A: |hö:ren tut man  
 5 P: also s=geht dann wieder mal |weg ↑ \* (und wird)  
 6 A: eigentlich | ni" ch viel ↓ | ne ↑ |  
 7 P: be" sser ↑ | | ne: | s=is nur so  
 8 P: #ma" nchmal #vom gefühl ↓ (her) \* also m/ merk  
 9 K #STIMME HÖHER#  
 10 P: ich=s- \*\* >und dann gehts vielleicht besser ↑ und-<  
 11 P: \*\* wobei ich jetzt sage ich bekomme gleich a" ngst ↓  
 12 A: wovor haben  
 13 P: wenn ich sowas >dann ha" b ne ↑ wenn<  
 14 A: sie denn angst ↑  
 15 P: +>dass dann irgendetwas da sei" n  
 16 A: |was|schlimmes ↑  
 17 P: könn|te<| mh ja:- \* (aber) die eine  
 18 A: kleinen moment mal ↓  
 19 P: drü" se hier ↓ mmh-

Zu Beginn des Ausschnitts bewegt sich das Gespräch auf der somatischen Ebene. Der Arzt stellt Fragen zur Heiserkeit, über die die Patientin geklagt hat (Zeilen 1–10). Der Feststellung des Arztes, dass man eigentlich nicht viel hört (Z. 4 und 6), die als Infragestellung verstanden werden kann, setzt die Patientin entgegen, dass sie aber die Heiserkeit vom Gefühl her merkt. In Z. 11 geht die Patientin dann über zu einer Thematisierung ihres Erlebens, das mit der Heiserkeit verbunden ist: ich bekomme gleich angst wenn ich

sowas dann hab ne (Z. 11 und 13). Dabei referiert sie auf die somatischen Beschwerden sehr unspezifisch mit sowas. Noch bevor die Patientin ihre Äußerung beendet hat, reagiert der Arzt mit einer Exploration des thematisierten Erlebens, indem er nach dem Bezugspunkt der Angst fragt: wovor haben sie denn angst (Z. 12 und 14). Die Antwort der Patientin ist wieder sehr unspezifisch: dass dann irgendwas da sein könnte (Z. 15 und 17). Auch hier greift der Arzt sehr schnell ein und bietet in Frageform eine Präzisierung an: was schlimmes (Z. 16). Dies wird von der Patientin bestätigt: mhm ja (Z. 17). Insgesamt gesehen geht der Arzt auf die Erlebensthematisierung der Patientin ein. Er greift sie auf und versucht die undeutliche Thematisierung der Patientin zu klären und zu präzisieren. Es ist zu vermuten, dass es für Patienten hilfreich ist, wenn ein Erleben, das für sie nicht hinreichend klar ist oder über das sie nicht deutlich sprechen können, in dieser Weise gemeinsam mit dem Arzt sprachlich geklärt wird.

## Gesprächsausschnitt 2

Ä: Ärztin N.N.; P: Patientin; E: Ehemann der Patientin; Krankenhaus, Gynäkologische Abteilung; 0:00–1:28 min

- 1 Ä: doktor N.N. \* tach-  
 2 P: guten tag ↓  
 3 E: guten tag ↓  
 4 K&  
 5 Ä: (...) nehmen sie \* pla" tz hier bitte ↑  
 6 P? danke  
 7 K& #GERÄUSCH EINER SCHLIESSENDEN TÜR #  
 8 Ä: \*4,5\* RÄUSPERT SICH wir haben den befu" nd  
 9 K& #STÜHLERÜCKEN#  
 10 Ä: jetzt bekommen ↑ \*\* und |leider | ni" cht  
 11 P: >(wie siehts|denn aus)<|  
 12 Ä: gutartig ↓ \*2\* >ne ↑ \* ausgefallen ↓ < \*\* +und  
 13 P: >hm=hm ↑ <  
 14 Ä: des heißt dass sie \* bru" stkrebs haben ↓ \*3,5\*  
 15 P: VERSTUMMT  
 16 Ä: trifft sie des jetzt:t sehr überrasch::end ↑ ja ↓  
 17 P:  
 18 E: ja ↓  
 19 Ä: >ja mh=mh-< \*8\* des=is aber noch lang kein  
 20 Ä: todesurteil ↓ \* ne ↑ \*\* d/ mm/ die medizin hat sich

- 21 Ä: ja \* in den letzten zwanzig jahren wirklich sehr \*
- 22 Ä: wei"terentwickelt ↑ \*\* und da kann man jetzt auch
- 23 Ä: noch viel machen \* ne ↑ \*1,5\* damit sie auch wieder
- 24 Ä: gesu"nd werden ↓ \*3,5\* →aber← \* notwe"ndig ↑ \* ist
- 25 Ä: auf jeden fa"ll ↑ \* dass wir ne operation machen ↑ \*
- 26 Ä: und eben \* den kranken befund \* herau"snehmen ↓
- 27 Ä: \*5\* de/ also des=is
- 28 E: nur den kranken befu"nd ↓ \*1,5\*
- 29 Ä: nich sehr groß ↑ \* (des=is) wieder äh \*1,5\* ←ja zwei
- 30 Ä: komma eins \*\* zentimeter→ also da könnte man noch
- 31 Ä: so=ne brusterha"ltende \* operation ma"chen ↑ \*3\*

Im Gesprächsausschnitt 2 geht es um die Mitteilung eines negativen Befunds. Nachdem die beteiligten Personen sich gesetzt haben, räuspert sich die Ärztin und sagt: wir haben den befund jetzt bekommen ↑ \*\* (Z. 8 und 10). Am Ende ihrer Äußerung hebt sie die Stimme und macht eine Pause, beides konventionelle Mittel der Spannungserzeugung. Unter Umständen ist es diese Verzögerung, die die Patientin zu der Nachfrage wie siehts denn aus (Z. 11) veranlasst. Daraufhin teilt die Ärztin mit, dass der Befund leider nicht gutartig sei. Es folgt eine Pause von zwei Sekunden, ohne dass die Patientin oder ihr Ehemann das Wort ergreifen. Dies führt die Ärztin zu einer zweifachen Expansion ihrer Äußerung, erst durch *ne* ↑ mit Stimmhebung, was man an dieser Stelle mit *haben sie verstanden* paraphrasieren kann und was eine Reaktion hervorlocken soll, und dann durch eine lexikalische Fortführung der Äußerung mit ausgefallen. Nach einer Pause reagiert die Patientin lediglich mit einem verdoppelten Bestätigungssignal. Daraufhin expliziert die Ärztin, was es heißt, dass der Befund nicht gutartig ausgefallen ist: und des heißt dass sie \* brustkrebs haben (Z. 12 und 14). Wieder folgt eine lange Pause (3,5 Sekunden), ohne dass die Patientin oder ihr Ehemann reagieren. Die Ärztin interpretiert dies offensichtlich als emotionale Betroffenheit, denn nach dieser Pause fährt sie mit einer Erlebensthematisierung in Form einer Frage fort: trifft sie des jetzt sehr überraschend ↑ (Z. 14 und 16). Dabei thematisiert sie allerdings nicht die *Qualität* der Emotionen, sondern lediglich den Aspekt der Überraschung. Lediglich der Ehemann bestätigt dies. Nach einer weiteren, in diesem Zusammenhang sehr langen Pause (8 Sekunden) beginnt die Ärztin eine wohl tröstend gemeinte Äußerung, die aber in dieser Formulierung kaum entsprechend wirken kann: des=is aber noch lang kein todesurteil ↓ \* ne ↑ \*\* (Z. 19). Im Folgenden geht die Ärztin nicht weiter auf das mit Händen zu greifende Erleben der Patientin – sie verstummt völlig – ein, sondern kehrt auf die somatische Ebene zurück und thematisiert die Notwendigkeit und die Möglichkeiten der Brustoperation (Z. 20 – 31).

Die Manifestation des Erlebens der Patientin erfolgt in diesem Beispiel durch Verstummen. Wie der Gesprächsausschnitt 3 aus einem Folgegespräch zeigt, war sich die Ärztin der emotionalen Betroffenheit der Patientin durchaus bewusst:

#### Gesprächsausschnitt 3

Ä: Ärztin N.N. (aus Gesprächsausschnitt 2); O: Leitender Oberarzt; Krankenhaus, Ärztebesprechung

- 1 O: wie sind sie # \* mit ihr verblieben ↑ \*3\* #  
 2 K #TÜRQUIETSCHEN #  
 3 O: wie hat s/ \*\*  
 4 Ä: hä/ sie war ä:h \* s/ stark gescho" ckt ↑  
 5 O: |ja↓ |hmhm- |  
 6 Ä: \*|und|hat kau" m was ge|sagt ↑ und| \* der mann hat  
 7 O:  
 8 Ä: ganz arg gekämpft ob →man nich irgendwas:← \* anderes  
 9 O: |ja- ja- |  
 10 Ä: |machen kann ↓ |

Trotz dieser Einsicht in die Intensität der emotionalen Betroffenheit der Patientin (sie war ä:h \* s/ stark geschockt ↑ \* und hat kaum was gesagt ↑ (Z. 4 und 6)) macht die Ärztin in Gesprächsausschnitt 2 nur einen zaghaften und wenig geglückten Versuch, das Erleben der Patientin zu thematisieren, und rettet sich, als dies misslingt, auf die somatische Ebene und in die Besprechung des weiteren Verfahrens.

Gerade in solchen gravierenden Situationen scheint mir eine Thematisierung des Erlebens durch den Arzt unerlässlich. Da es sich um eine Standardsituation handelt, können hier kommunikative Möglichkeiten der Erlebensthematisierung im Detail vorab entwickelt und geschult werden.

### 6.6.2 Antizipation des Patientenerlebens – Gefühlsarbeit

Eine weitere Form des Umgangs mit Erleben und Emotionen besteht in der Prozessierung von Gefühlen, bevor sie aufgetreten sind: der Erlebensprävention durch den Arzt. Dabei wird versucht, ein antizipierbares Erleben des Patienten vorab kommunikativ zu beeinflussen bzw. zu regulieren. Erlebensprävention tritt in der Arzt-Patienten-Interaktion häufig in der Form von „Gefühlsarbeit“ [Strauss et al. 1980] auf.

Gefühlsarbeit meint das Eingehen auf ein thematisiertes oder auf ein antizipiertes Erleben eines Klienten/Patienten „im Dienst des Hauptarbeitsverlaufs“ [Strauss et al. 1980, 629].

„Gefühlsarbeit ist manchmal im weitesten Sinne des Wortes notwendig, um medizinische Verfahren durchführen zu können; [...] manchmal erleichtert Gefühlsarbeit einfach die Arbeit des Personals und führt dahin, dass der Patient seinen Anteil an der medizinischen Arbeit bereitwilliger leistet.“ [Strauss et al. 1980, 642].

„Mit Fehlleistungen im Bereich der Gefühlsarbeit hängt es zusammen, wenn bei den Patienten das Gefühl der Erniedrigung, der Beleidigung, der verletzten Privatsphäre, des physischen und geistigen Unbehagens aufkommt und auch das Gefühl der Verbitterung darüber, ‚wie ein Objekt‘ behandelt zu werden.“ [Strauss et al. 1980, 648].

Gefühlsarbeit muss primär nicht um der Person willen erfolgen, sondern sie wird funktional eingesetzt für die Realisierung der Zwecke der Institution.

#### Gesprächsausschnitt 4

A: Arzt; P: Patientin; Sprechstundengespräch aus einer urologischen Praxis; 6:58–7:15 min

- 1 P: ich hab den ganzen tag nie: probleme |en|  
 2 A: |mh|  
 3 P: en trop|fe| Wasser zu| (...) ich | \* mu" ss  
 4 A: |ja| |dann mach/|  
 5 P: gar net |unner| tag↓ ne↑  
 6 A: |>mja<| →ja also← mache=mer  
 7 P:  
 8 A: do:ch fo" lgendes↓ dann untersuch i/ wegen  
 9 A: dem wasserha" lten \*\* äh untersuch ich do" ch  
 10 A: mal die blase↓ \* des is nix schli" mmes- \*  
 11 A: brauchen keine a" ngst haben- \* geht net  
 12 A: schlimmer als der katheterurin- is nur en  
 13 A: moment \*\* u" nangenehm wenn wenn d/ des  
 14 P: |jetzt heut↑|  
 15 A: en|doskop rein| mach=mer dann gleich↓ \*  
 16 P: |mh|  
 17 A: ja↑ \* dann |wars/| wa" ren sie da: dann kann  
 18 P: |ja:↓| |ja:↓|  
 19 A: ich|do"ch| schon gewisse aussagen \* |tre"f|fen↑

Im Verlauf des Gesprächs entschließt sich der Arzt, es nicht beim Gespräch mit der Patientin zu belassen, sondern gleich auch noch eine Blasenuntersuchung vorzunehmen

(Z. 6–10). Nach einer kurzen Pause schließt er an diese Ankündigung vier Äußerungseinheiten an, mit denen er mögliche Vorbehalte und Ängste der Patientin schon im Voraus bearbeitet. Zunächst stellt er fest: *des is nix schlimmes* (Z. 10), um dann mit einer expliziten Erlebensbenennung zu betonen, dass die Untersuchung kein Anlass zur Angst ist: *brauchen keine angst haben* (Z. 11). Mit der dritten Einheit verdeutlicht der Arzt der Patientin die Qualität der Untersuchung durch einen Vergleich mit einem Vorgang, den die Patientin offenbar kennt. Die letzte Einheit stuft weiter herab, indem das negative Erleben zeitlich begrenzt wird: *is nur en moment* (Z. 12–13) und die Qualität des Erlebens als unangenehm (Z. 13) angegeben wird. Der Arzt vervollständigt die Gefühlsarbeit, indem er als Gegenstück die positiven Folgen beschreibt, wenn die Patientin sich sofort auf die Untersuchung einlässt: *kann ich doch schon gewisse aussagen treffen* (Z. 17 und 19). Die Patientin erhält als Kompensation für die Unannehmlichkeiten möglicherweise gleich Klarheit, was ihr die Sorgen der Ungewissheit nehmen kann.

## 6.7 Konsequenzen

Einer der Gründe für die Konzeption des Arzt-Patienten-Kontakts als sachliches Problemlösungsgespräch ist, es so (zeit)ökonomisch wie möglich zu gestalten. Die Manifestation von Erleben und Emotionen des Patienten wird vor diesem Hintergrund als retardierendes, u. U. auch als den Arzt belastendes Moment verstanden.

Dieser Artikel plädiert dafür, die Manifestation und Bearbeitung von Erleben im Arzt-Patienten-Gespräch nicht nur als Zeit kostendes, dysfunktionales und belastendes Beiwerk zu verstehen, sondern gerade auch ihre positiven Aspekte zu sehen.

Werden vom Patienten Erleben und Emotionen thematisiert, so scheint es unumgänglich, darauf einzugehen. Dieses Eingehen kann verschiedene Funktionen haben: Es kann dazu dienen, das Erleben zu klären, es leichter tragbar zu machen, indem es ausgesprochen und darüber gesprochen wird, oder es kann dazu dienen, dem anderen das eigene Mitgefühl zu vermitteln. Dabei sollte aber zugleich verdeutlicht werden, dass dies zwangsläufig eine andere Form von Anteilnahme ist, als der Patient sie aus seiner Alltagswelt kennt und erwartet. Sie kann nicht im alltagsweltlichen Format erfolgen und findet ihre Grenzen in der Tatsache, dass es sich um eine institutionelle Beziehung handelt. Auch wenn dieses Eingehen zunächst Zeit kostet, schafft es doch Vertrauen und fördert die Bereitschaft zur Compliance.

Insbesondere in gravierenden Fällen ist es notwendig, auf das erwartbare Erleben des Patienten einzugehen, auch dann, wenn der Patient es nicht von sich aus thematisiert [Kruse 1997]. Gründe für ein Nichtthematisieren können sein, dass der Patient dazu nicht in der Lage ist, oder aber, dass das Erleben in der aktuellen Situation noch nicht

deutlich ausgeprägt ist und sich erst später intensiviert. Auch darauf kann der Arzt den Patienten vorbereiten.

Wenn der Arzt den Eindruck hat, dass das Erleben und/oder die Manifestation den Umständen nicht entsprechen, könnte dies ein Anlass sein, den Patienten zur Reflexion seines Erlebens zu bewegen und zur Thematisierung des Erlebens zu ermuntern.

Die anderen oben genannten Prozessierungsstrategien sind mit deutlich höheren Kosten verbunden als das „Eingehen“. „Hinterfragen“ und „Infragestellen“ verbieten sich in der Regel wegen ihres konfliktären Potenzials und der Belastung der Beziehung zum Patienten, die mit ihnen verbunden ist.

Das „Übergehen“ bzw. „Ignorieren“ von Erlebensthematisierungen des Patienten scheint kurzfristig einen sachorientierten Gesprächsverlauf zu gewährleisten. Allerdings zeigen Untersuchungen zu anderen Gesprächstypen (z. B. Reklamationsgesprächen, s. Fiehler et al. [2001]), dass manifestierte Emotionalität, wenn sie zugunsten der Lösung des Sachproblems nicht bearbeitet wird, sich im weiteren Gesprächsverlauf immer wieder Bahn bricht mit der Konsequenz, dass schon bearbeitete kommunikative Aufgaben erneut angesprochen werden und das Gespräch sich so in die Länge zieht. „Übergehen“ und „Ignorieren“ tragen langfristig außerdem dazu bei, dass die Arzt-Patienten-Interaktion als defizitär und unbefriedigend erlebt wird. Letztlich haben sie Rückwirkungen auf die Einschätzung und Wertschätzung des Arztes.

Abschließend seien die Ergebnisse in Form von *Gesprächsmaximen* formuliert:

- Auf Erleben, das im Arzt-Patienten-Gespräch manifestiert wird, sollte vom Arzt aus eingegangen werden.
- Dabei muss verdeutlicht werden, dass dieses Eingehen etwas anderes ist, als die Anteilnahme im Alltag.
- Erscheint ein manifestiertes Erleben unklar, sollte es im Gespräch geklärt werden.
- In gravierenden Fällen muss das Erleben ausführlich und intensiv bearbeitet werden. Wenn der Patient seine emotionale Betroffenheit nicht von sich aus thematisiert, muss der Arzt sie ansprechen.
- Hilfreich ist die Antizipation eines möglichen Erlebens des Patienten (bevor es manifestiert wird) und seine Bearbeitung im Vorwege.

## Literatur

- Fiehler, R.: Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion. De Gruyter, Berlin 1990a
- Fiehler, R.: Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen., S. 41–65 u. 339–344. Ehlich, K., Koerfer, A., Redder, A., Weingarten, R. (Hrsg.). Westdeutscher Verlag, Opladen 1990b
- Fiehler, R.: Emotionalität im Gespräch. In: Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband: Gesprächslinguistik., S. 1425–1438 (= Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft 16.2). Brinker, K., Antos, G., Heinemann, W., Sager, S.F. (Hrsg.). De Gruyter, Berlin/New York 2001.
- Fiehler, R., Kindt, W., Schnieders, G.: Kommunikationsprobleme in Reklamationsgesprächen. In: Angewandte Diskursforschung. Bd. 1., S. 120–154. Brünner, G., Fiehler, R., Kindt, W. (Hrsg.). Verlag für Gesprächsforschung, Radolfzell 2002 (= <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/diskursforschung/1-120-154.pdf>)
- Kruse, J.: Der Umgang mit psychosozialen Problemen bei onkologischen Patienten. Schriftenreihe des Tumorzentrums Magdeburg/Sachsen-Anhalt e.V., H.5, 1997
- Koerfer, A., Köhle, K., Obliers, R.: Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Medizinische Kommunikation., S. 53–94. Redder, A., Wiese, I. (Hrsg.). Westdeutscher Verlag, Opladen 1994
- Lalouschek, J.: "Irgendwie hat man ja doch bißl Angst." Zur Bewältigung von Emotion im psychosozialen ärztlichen Gespräch. In: Arzt-Patienten-Kommunikation., S. 177–190. Löning, P., Rehbein, J. (Hrsg.). De Gruyter, Berlin 1993
- Lalouschek, J.: Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Westdeutscher Verlag, Opladen 1995
- Löning, P.: Psychische Betreuung als kommunikatives Problem: Elizitierte Schilderung des Befindens und ‚ärztliches Zuhören‘ in der onkologischen Facharztpraxis. In: Arzt-Patienten-Kommunikation., S. 191–227. Löning, P., Rehbein, J. (Hrsg.). De Gruyter, Berlin 1993
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B., Wiener, C.: Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufspsychologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 3, 629–651 (1980)



### Transkriptionskonventionen

ja   aber	simultane Äußerungen stehen übereinander; Anfang und Ende
nein nie   mals	werden auf den jeweiligen Textzeilen markiert
+	unmittelbarer Anschluss/Anklebung bei Sprecherwechsel
*	kurze Pause (bis max. ½ Sekunde)
**	etwas längere Pause (bis max. 1 Sekunde)
*3, 5*	längere Pause mit Zeitangabe in Sekunden
=	Verschleifung (Elision) eines oder mehrerer Laute <u>zwischen</u> Wörtern (z. B. <i>sa=mer</i> für <i>sagen wir</i> )
/	Wortabbruch
(... ...)	unverständliche Sequenz (drei Punkte = Silbe)
(war)	vermuteter Wortlaut
↑	steigende Intonation (z. B. <i>kommst du mit</i> ↑)
↓	fallende Intonation (z. B. <i>jetzt stimmt es</i> ↓)
-	schwebende Intonation (z. B. <i>ich sehe hier-</i> )
"	auffällige Betonung (z. B. <i>aber ge<sup>"</sup>rn</i> )
:	auffällige Dehnung (z. B. <i>ich war so: fertig</i> )
←immer ich→	langsamer (relativ zum Kontext)
→immerhin←	schneller (relativ zum Kontext)
>vielleicht<	leiser (relativ zum Kontext)
<manchmal>	lauter (relativ zum Kontext)
LACHT	Wiedergabe nichtmorphemisierter Äußerung auf der Sprecherzeile in Großbuchstaben
#IRONISCH#	Kommentar zur Äußerung (auf der Kommentarzeile)
#QUIETSCHEN#	nicht-kommunikatives (akustisches) Ereignis in der Gesprächssituation (auf der Kommentarzeile)